



Das müssen Sie jetzt wissen

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Sie lesen gerade die inzwischen vierte Ausgabe der **hävnews**. Wir haben dieses Medium vor eineinhalb Jahren etabliert, um Sie zeitnah und gebündelt über wichtige Neuerungen und Änderungen in unserem Berufsalltag zu informieren. Zudem können wir Sie auf diesem Weg recht kurzfristig über politische Debatten und die Einschätzungen des Hausärzteverbandes Hessen in Kenntnis setzen. Beides sind Ziele, die die **hävnews** nach ersten Erfahrungen gut erfüllen. Ein besonderer Aufreger ist derzeit die von der Landesärztekammer Hessen beschlossene Zusatzweiterbildung zum „ambulanten

Geriatler“ – gegen den ausdrücklichen Willen der Hausärzte. Für uns liegt auf der Hand, dass diese Subspezialisierung den älteren Patienten nicht nur nichts nutzen, sondern womöglich sogar schaden könnte. Positiv entwickelt sich indes die HZV: Aktuell verhandeln wir mit großen Versorgerkassen über den Vertrag zur „Besonderen Versorgung TeleArzt“. Zudem freuen wir uns, dass es 2018 einen pharmafreien Hessischen Hausärztag geben wird, bei dem das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) mit im Boot ist. Wir wünschen gute Lektüre!

Top-Meldungen

Wir sollten uns gegen die spezialisierte Zusatzweiterbildung „ambulante Geriatrie“ wehren. Die Versorgung älterer Patienten ist unsere Kernkompetenz. (Seite 2)

Kolleg(inn)en in der HZV können sich mit der Ziffer 99980 auf einem KV-Schein vor unliebsamen Überraschungen schützen.

Weitere geldwerte Tipps zu HZV und DMP finden Sie auf Seite 3.

Beim TeleArzt-Vertrag stehen wir mitten in den Verhandlungen mit großen Versorgerkassen (S. 4). Änderungen gibt es bei der Verordnung von Arzneien zur allergischen Rhinitis (5) und bei Darmkrebs-Screening (7).



Geriatric bleibt unsere Kernkompetenz!

Gegen den ausdrücklichen Willen des Hessischen Hausärzterverbandes hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen die Zusatzweiterbildung (ZWB) „Ambulante Geriatrie“ beschlossen. Doch die Versorgung älterer Personen wird sich nicht dadurch verbessern, dass spezialisierte Fach-Geriater, die das Umfeld dieser Patienten nicht kennen und zu ihnen auch kein Vertrauensverhältnis haben, in Schwerpunktpraxen oder Institutsambulanzen ein Geriatisches Assessment durchführen – im Gegenteil!

Die Versorgung älterer Menschen ist und bleibt eine wichtige Kernkompetenz von uns Hausärztinnen und Hausärzten. Wir kennen die Multimorbidität und Polypharmakotherapie unserer Patientinnen und Patienten am besten.

Warum überhaupt überweisen?

Unsere Antwort auf diese Fehlkonstruktion ärztlicher Versorgung sollten wir auf zwei Wegen geben. Zum einen benötigen diese „Fach-Geriater“ mit der „ZWB ambulante Geriatrie“

eine Überweisung von uns, um tätig werden zu können. Aber warum sollte eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt eine solche Überweisung überhaupt ausstellen, wenn sie bzw. er die Betreuung älterer Menschen bereits auf höchstem Niveau sicherstellen kann? Dafür gibt es keinen vernünftigen Grund! Schließlich wissen wir am besten, welche Therapien und Hilfestellungen ältere Patienten brauchen.

Zum anderen fordern wir die Politik und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, den Unsinn mit dem „spezialisierten geriatrischen Assessment“ zu unterlassen. Diese bundesweite Fehlsteuerung, bei der die Fach-Geriater besser honoriert werden als Hausärzte, die täglich ältere Patienten zu Hause besuchen, muss korrigiert werden! Stattdessen sollte mehr Geld für Hausbesuche, Pflege und zuwendungsintensive Patienten zur Verfügung stehen. Wir sind sicher: Sofern wir Hausärzte eine klare Linie fahren, werden sich ältere Menschen auch künftig von den ihnen vertrauten Hausärztinnen und Hausärzten betreuen lassen.

Monika Buchalik

2018 Hessischer Hausärztetag mit dem IhF

Nach einigen Jahren der Abstinenz planen wir im Frühjahr 2018 wieder einen Hessischen Hausärztetag, wobei Termin und Ort noch festgelegt werden müssen. Dabei wollen wir Ihnen eine unabhängige und pharmafreie Fortbildung für die Pharmakotherapie in der HZV anbieten. Zudem wird es eine Kompaktfortbildung zu

allen Disease-Management-Programmen geben. Auch für MFA und VERAH werden Fortbildungen auf dem Programm stehen. Natürlich bekommen Sie dabei auch die aktuellsten Informationen zur HZV. Die Organisation übernimmt erstmals das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF). *Armin Beck / Uwe Popert*



Geldwerte HZV-Tipps für Ihre Arbeit

KV-Schein nicht vergessen: Wir raten dringend, parallel zu jedem HZV-Schein pro Quartal einen KV-Schein mit der Indikatorziffer „99980“ anzulegen. Achtung: Bei der LKK ist dies bislang die Ziffer „88192“. Dieser KV-Schein dient der Berücksichtigung Ihrer Praxisfallzahlen, des Facharzt-Laborbudgets sowie des Laborwirtschaftlichkeitsbonus, der von der KV automatisch zugesetzt wird. Sollten Sie darüber hinaus eine Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) beschäftigen, müssen Sie auch die NäPa-Ziffer „88194“ auf dem KV-Schein eintragen. Der Ansatz dieser Ziffern genügt je HZV-Kontaktpatient einmal pro Quartal.

Besuche & Co bei AOK-Versicherten: Der Akut-Quick-Test (TPZ) in der Praxis wird bei AOK-Versicherten über den KV-Schein abgerechnet (Ziffer 32026). Weiterhin können Sie im Falle von Besuchen bei diesen Versicherten die Wegegelder über den KV-Schein abrechnen.

HZV zahlt sich aus: Ein Kollege aus Mittelhessen zeigte sich begeistert von der HZV mit den Ersatzkassen: „Im 3. Quartal 2016 startete der EK-Vertrag. Der Minderumsatz in der KV lag bei 20.000 Euro; die Zahlung aus dem EK-Vertrag betrug 28.000 Euro. Wer kann rechnen?“
Dr. Saloua Dillmann

DMP: Kompakt auf neuesten Stand

Der Hausärzteverband Hessen bietet seinen Mitgliedern im 2. Halbjahr in mehreren Städten ein Update zu mehreren Disease-Management-Programmen (DMP) an. Unter dem Titel „DMP-Update all in one“ erfahren Sie alles Wissenswerte über Neuerungen bei den DMP-Themen Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit und Asthma bronchiale/COPD.

Bezirk Offenbach: Mittwoch, 30. August 2017, ab 15.30 Uhr im Sirius-Koferenzzentrum in Offenbach;

Bezirk Kassel: Termin und Ort stehen noch nicht fest;

Bezirk Main-Kinzig: Freitag, 27. Oktober 2017,

ab 15 Uhr im Brockenhaus in Hanau;

Bezirke Frankfurt und Taunus: Samstag, 4. November 2017, ab 9.30 Uhr in der KV Hessen in Frankfurt;

Bezirk Darmstadt: Mittwoch, 22. November 2017, ab 15 Uhr im Marienhospital in Darmstadt;

Bezirk Gießen-Land: Mittwoch, 29. November, ab 15 Uhr in der Kongresshalle in Gießen.

Die Einladungen werden per Fax von den Bezirken versandt. Anmeldungen müssen ebenfalls per Fax erfolgen. Fragen beantwortet Frau Dr. Saloua Dillmann unter 0 61 90 / 9 74 34 71.



TeleArzt-Vertrag: Wir verhandeln

Der Hausärzterverband Hessen führt derzeit Verhandlungen mit den großen Versorgerkassen AOK, TK, DAK und BEK über den Vertrag zur Besonderen Versorgung TeleArzt gemäß Paragraf 140a SGB V („BV-Vertrag“). Dieser Vertrag zur Implementierung telemedizinischer Leistungen wird nach erfolgreichem Abschluss den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach Paragraf 73b SGB V ergänzen. Die Unterstützung durch das Hessische Sozialministerium ist zugesichert worden.

Telemedizin hilft älteren Patienten

In Zusammenarbeit mit dem deutschen Hausärzterverband hat die TAG TeleArzt GmbH Lösungsansätze entwickelt, um die hausärztliche Versorgung von mobilitätseingeschränkten Versicherten mit chronischen Erkrankungen zu verbessern. Ziel ist es, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Es soll sichergestellt werden, dass Hausärzte diese Versicherten bei gesundheitlichen Problemen möglichst schnell in deren häuslicher Umge-

bung mit Hilfe der Telemedizin weiter versorgen können. Dabei wird der Hausarzt von der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) unterstützt, die im Rahmen dieses BV-Vertrages eine Zusatzqualifikation zur Tele-VERAH absolviert hat. Die Tele-VERAH erfasst Vitaldaten des Versicherten beim Hausbesuch und übermittelt sie dem behandelnden Hausarzt. Weiter zählen zu ihren Aufgaben die Ermittlung und Beseitigung potenzieller Risiken für Stürze (Sturzrisikoanalyse), die Erfassung der Arzneimittel sowie Befragungen zum Gesundheitszustand.

Der Hausarzt hat die Pflicht, diese Tätigkeiten anzuleiten und zu überwachen sowie die Ergebnisse auszuwerten und ggf. weitere Behandlungsschritte einzuleiten. Ferner kann der Hausarzt beim Hausbesuch der Tele-VERAH mittels einer Video-Übertragung zugeschaltet werden. Neue Informationen zu den Verhandlungen in Hessen lassen wir Ihnen umgehend zukommen. In einigen Bundesländern ist der BV-Vertrag u.a. bereits mit der GWQ abgeschlossen worden.

Armin Beck

BMP: Neue KV-Ziffer bei Chronikern in HZV

Der bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP) ist Realität. Während in der KV-Welt der BMP bei chronisch erkrankten Patienten meist mit der GOP 03222 abgerechnet wird, ist dies in den hessischen HZV-Verträgen anders, da diese Chroniker nicht mehr an die KV gemeldet werden. Stattdessen haben wir vereinbart, dass der BMP bei Patienten mit Berechtigung

einmal im Jahr über den KV-Schein mit der GOP 01630 abgerechnet werden kann. Erst nach einer adäquaten Beobachtungszeit werden wir mit den HZV-Vertragspartnern vereinbaren, wie wir diese neue Leistung in die Verträge implementieren. Ausnahme: Im HZV-Vertrag mit der TK ist die Erstellung des Medikationsplan bereits enthalten. *A. Beck*



Rhinitis: Neue Wirkstoffe rezeptfrei

Mehrere Wirkstoffe zur Behandlung der allergischen Rhinitis sind nun nur noch als Bestandteil von frei verkäuflichen OTC-Präparaten erhältlich – so hatte es die KV bereits im „infopharm“ vom Dezember 2016 angekündigt. Dazu gehören die Wirkstoffe Beclometason, Mometason und Fluticason. Das heißt: Eine Verordnung von kortisonhaltigen Nasensprays zur Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis mit diesen Wirkstoffen sowie dem Wirkstoff Budesonid kann zu Regressforderungen führen. Damit es dazu nicht kommt, dürfen wir Hausärztinnen und Hausärzte uns bei den Patienten unbeliebt machen, wenn wir sie auf den Kauf der Präparate hinweisen statt eine Arznei verschreiben zu können. Der Wunsch der Patienten nach finanzieller Entlastung durch ein Kassenrezept ist verständlich. Umso ärgerlicher ist es, dass der Gesetzgeber den schwarzen Peter uns Ärzten

zuschiebt. Die Kassen setzen alles daran, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchzuziehen (siehe die Pantoprazol-Regresswelle). Die Verlierer sind Patienten und Ärzte, die Gewinner Pharmafirmen. *Christian Sommerbrodt*

Rezeptfreie Nasensprays mit Kortison

Wirkstoff Budesonid: noch kein rezeptfreies Präparat im Handel,

Wirkstoff Beclometason: Ratioallerg®, Otri Allergie®, Rhinivict®,

Wirkstoff Mometason: Momeallerg®, Mometahexal®,

Wirkstoff Fluticason: noch kein rezeptfreies Präparat im Handel.

Wie umgehen mit Notfall-Patienten?

Krankenhäuser und KV Hessen streiten derzeit über die Patienten, die die Klinikambulanzen stürmen, um behandelt zu werden. Grund: Die Patienten finden keinen anderen Arzt, der ihre mehr oder weniger akuten Beschwerden behandelt. Aus meiner Sicht ist das ein vielschichtiger Vorgang, und ich möchte eine innerverbandliche Diskussion anstoßen, wie wir damit umgehen wollen.

Unser hausärztlicher Anspruch an die Patientenversorgung ist ja: Als Primärärzte sehen wir uns alle Patienten an und behandeln diese entweder abschließend oder überweisen sie zwecks weiterer Diagnostik zu einem spezialisierten Arzt. Diesem Prinzip der Steuerung

folgen wir bei der Tätigkeit in unseren Praxen wie auch in der Zeit, in der der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) die Patienten versorgt. So weit die Theorie, durch die uns der „mündige“ Patient mit dem Ansturm auf die Ambulanzen an den Kliniken jedoch einen Strich macht. Krankenhäuser, Krankenkassen und auch die Politik sagen: Wir Hausärzte könnten oder wollten die Steuerung der Patienten nicht leisten. Stattdessen müssten wir die Patienten da abholen, wo sie stehen. Wie seht Ihr als Kolleginnen und Kollegen die Sache? Dazu würde ich gern Eure Meinung hören. Bitte schreibt mir per E-Mail! *Michael Thomas Knoll*

► knoll-lich@t-online.de

Das Kodierchaos bleibt bestehen

Die große Koalition will das Upcoding von Diagnosen verhindern – vor allem die „Betreuungsstrukturverträge“. Ein Änderungsantrag an das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz soll verhindern, dass Vertragsärzte sich allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen eine zusätzliche Vergütung gewähren lassen. Auch die Beratung von Ärzten durch Kassenvertreter und Dritte (also auch durch die KV?) soll verboten werden.

Nun kann man diese Reaktion des Gesetzgebers durchaus scheinheilig finden – immerhin braucht man sich ja nicht zu wundern, daß für Diagnosen an Ärzte Geld bezahlt wird, wenn für Diagnosen an die Krankenkassen Geld fließt. Hintergrund ist der Risikostrukturausgleich – eine politisch gewollte Konstruktion, die ein ungeheures Maß an Bürokratie und Fehlsteuerungen erzeugt.

Andererseits stimmt es natürlich: Übertriebene Diagnosen können Patienten durch Übertherapie und überzogene Versicherungskosten schweren gesundheitlichen und finanziellen Schaden zufügen. Und zunehmende Bürokratie geht auch auf Kosten der – ohnehin schon viel zu knappen – Zeit für unsere Patienten. Insofern ist sicher jeder Kodierungssteigerung (Upcoding) mit Vorsicht zu begegnen, wie die jüngsten Beispiele zeigen.

Kodierung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD): Die KV Hessen hatte im November rückwirkend für das ganze 4. Quartal 2016 angekündigt, dass etwa symptombeschreibende Diagnosen für die meisten Abrechnungsziffern im ÄBD nicht mehr ausreichen sollten. Die Hausärztesfraktion in der KV-Vertreterversammlung konnte durch einen – letztlich mit großer Mehrheit der Vertreterversammlung verabschiedeten – Beschluss diese Regelung für die üblichen Ziffern im ÄBD aussetzen.

F-Diagnosen bei psychosomatischer Diagnostik: Die KV Hessen fordert seit dem 1. Januar für die Abrechnung von Psychosomatik-Ziffern (35100 und 35110) psychiatri-

sche Diagnosen insbesondere aus dem Kapitel F der ICD-10. Zwar ist dies für die psychosomatische Therapie aus einem Beschluss des G-BA ableitbar, aber die Regelung bezieht sich nur auf „therapeutische Maßnahmen“, nicht aber auf die Diagnostik. Die KV-Auslegung ist derzeit strittig – die Hausärztesfraktion hat beim G-BA eine diesbezügliche Anfrage gestellt. Medizinisch macht eine solche Kodierung jedenfalls keinen Sinn, denn: Es gibt kaum eine Diagnose, die nicht auch Ausdruck einer psychosomatischen Erkrankung sein könnte.

Diagnose „Refluxösophagitis“ als PPI-Indikation: Es wurden und werden zahlreiche Regresse wegen angeblich nicht indizierter Rezeptierung von Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI) verhängt. Tatsächlich ist diese Verordnung stets auf Sinnhaftigkeit zu hinterfragen – aber PPI können leitliniengerecht auch symptomatisch bei Refluxbeschwerden verwendet werden. Dies steht auch so in einigen Fachinformationen.

Wenn sich ein Regress darauf beruft, dass für das jeweils abgegebene Präparat nun gerade die symptomatische Diagnose nicht angegeben wird, so ist das kaum dem Arzt anzulasten. Schließlich haben wir, durch Rabattverträge und Lagerhaltung der Apotheker bedingt, kaum noch Einfluss auf die Präparateauswahl. Die Kassen drängen ja darauf, die berühmten „aut-idem-Kreuzchen“ nur auf wenige Fälle zu beschränken. Insofern hat ein Widerspruch gegen einen solchen PPI-Regress wohl gute Chancen.

Insgesamt ist der Kampf gegen den ausufernden Kodierzwang mühselig und immer wieder neu zu führen, so lange es den diagnosegesteuerten Risikostrukturausgleich gibt. Aus der Perspektive von Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern erscheint dieses System völlig absurd. Schließlich erübrigt sich bei nur einer Kasse pro Bundesland, wie in Österreich, ein Großteil der Bürokratie von selbst.

Dr. Uwe Popert



Neue Regeln für Darmkrebs-Screening

Seit dem 1. April 2017 steht gesetzlich versicherten Patienten das neue Stuhltest-Verfahren zur Früherkennung vom Darmkrebs (iFOBT) zur Verfügung. Der bisherige Guajak-basierte Test (gFOBT, Haemocult) darf seither nicht mehr zur Früherkennung von Darmkrebs durchgeführt werden.

Studien haben gezeigt, dass der 2016 eingeführte iFOBT (immunologisch fäkaler Okkultest) auf nicht sichtbares Blut im Stuhl dem Guajak-basierten Haemocult deutlich überlegen ist. Die höhere Sensitivität und Spezifität des iFOBT ermöglicht es, zwei bis drei Mal mehr kolorektale Karzinome und fortgeschrittene Adenome zu entdecken als die herkömmliche Methode. Ein einfacheres Entnahmeverfahren soll zudem die Akzeptanz bei den Patienten deutlich erhöhen.

Auswertung erfolgt im Labor

Aufgrund dieser Erkenntnisse hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie zur Krebsfrüherkennung entsprechend geändert und den bislang verwendeten Guajak-basierten Test abgelöst. Anspruch auf den iFOBT zur Früherkennung von Darmkrebs haben Versicherte ab dem 50. Lebensjahr. Wie bisher

geben die Praxen den iFOBT an die Patienten aus. Doch nun erfolgt die Auswertung des Tests nicht mehr in der Praxis, sondern im Labor. Dazu wurden neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM eingeführt. Nach einem positiven iFOBT muss zur weiteren Abklärung eine Koloskopie durchgeführt werden (siehe S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom).

GOP 01737 ersetzt nun 01734

Die GOP 01734 ist seit dem 1. April entfallen, da der Guajak-basierte Haemocult-Test seither im präventiven Bereich keine Kassenleistung mehr ist. Zu kurativen Zwecken kann der Haemocult (nicht iFOBT!) noch bis 1. Oktober 2017 mit der GOP 32040 abgerechnet werden. Zum 1. Oktober 2017 entfällt auch diese GOP.

Für die Ausgabe und Rücknahme des iFOBT sowie den Versand ins Labor greift fortan die GOP 01737. Sie ist mit 57 Punkten bewertet. Wie die Materialkosten abgerechnet werden, falls der Test vom Patienten nicht zurückgegeben wird, ist noch nicht geklärt. Im Fall des Haemocult-Test wurde dieser Aufwand bis 1. April 2017 mit der GOP 40150 angesetzt.

Christian Sommerbrodt

Impressum

Hausärzteverband Hessen e.V.

Ahornstraße 9
34599 Neuental

Telefon: 06693/91 14 46
Telefax: 06693/91 14 47

E-Mail: hausaerzte.hessen@t-online.de
Internet: www.hausaerzte-hessen.de

Redaktion:

Armin Beck (V.i.S.d.P.),
Hauptstr. 65-67, 65719 Hofheim

Michael Thomas Knoll,
Postfach 1165, 35419 Lich

Jürgen Lutz Text+Consult,
Kurt-Frenzel-Str. 24, 63743 Aschaffenburg